

**CASOS CLÍNICOS****Rotura del neumotaponamiento de un tubo endotraqueal al introducirlo mediante un fibroscopio nasal en una paciente despierta**

Mariscal Flores M, Caro Cascante M, Peralta Rodríguez P, Fernández Izquierdo C.

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Resumen

Presentamos el caso de una mujer de 51 años que va a ser intervenida de una timpanoplastia con mastoidectomía, para la extirpación de un colesteatoma, a la que se prevé una posibilidad de intubación difícil y buena ventilación con mascarilla facial.

Introducción

Presentamos el caso de una mujer de 51 años que va a ser intervenida de una timpanoplastia con mastoidectomía, para la extirpación de un colesteatoma, a la que se prevé una posibilidad de intubación difícil y buena ventilación con mascarilla facial.



Mujer de 51 años que va a ser intervenida de una timpanoplastia con mastoidectomía, para la extirpación de un colesteatoma.

Antecedentes personales

Edad: 51 años.

Peso: 70 Kg. Talla: 160 cm.

Hipertensión.

Dislipidemia.

Diabetes Mellitus tipo 1.

Exploración de Vía AéreaFactores de riesgo de intubación:

- Mallampati: II/IV.
- Distancia tiromentoniana: > 6,5cm.
- Distancia esternomentoniana: >12,5cm.
- Distancia interdientaria: >3,5 cm.
- Mordida: 2/3.
- Cuello: 38 cm.

Factores de riesgo de ventilación:

- No presentaba ninguno.

Se trata de una paciente con **posibilidad de intubación difícil y buena ventilación con mascarilla facial**.

El día 21/11/11, esta paciente después de ser anestesiada (TIVA) y relajada (Rocuronio) se la despierta y se suspende la cirugía, por haberse presentado un escenario de situación “no intuble, no ventilable”.

Tras presentar un Cormack-Lehane III/IV con laringoscopia Macintosh, se intenta intubar en un segundo intento con ayuda de un introductor Frova, sin éxito.

Posteriormente se utiliza un videolaringoscopia McGrath, produciéndose lesión en la mucosa orofaríngea y sangrado, originándose dificultad de ventilación con saturaciones de 60% y se decide despertar a la paciente tras un último intento de introducir una mascarilla laríngea Fastrach y fracasando también. Se administra Sugammadex a dosis de 16 mg./Kg. (dosis rocuronio de 1,2 mg./Kg.) y espontáneamente en unos 3 minutos, comienza a respirar la paciente.

Se le entrega un informe a la paciente y familiares, explicando la causa de haberla despertado y describiendo la situación. Se le comunica que la próxima vez se le intubará despierta para mayor seguridad.

El día 15/2/12

La paciente es programada para cirugía y explicándole exhaustivamente lo que se le va a hacer, intubación despierta con fibrobroncoscopia, pasa a quirófano.

Se realiza **anestesia local**:

Nariz: con una mezcla de 3 ml. de lidocaína al 5% + 3 ml de lidocaína al

2% + 1 ml. de oximetazolina, se introducen 2 lentinas en cada narina.

Cavidad orofaríngea: es anestesiada con varios puff de Xilocaina 10%, con desplazamiento lateral de la lengua con un depresor, para bloquear mejor el nervio glosofaríngeo usamos unos hisopos con lidocaína al 5%, varios toques de 1 minuto en cada pliegue palatogloso anterior, tras esperar unos 5-6 minutos, al introducir la cánula oral VAMA para deslizar el fibrobroncoscopio (FBO) con el tubo endotraqueal (TET), la paciente presenta náuseas importantes que nos impiden realizar esta técnica por vía oral, por lo que decidimos introducir el FBO por la nariz con un TET flexo metálico N° 7.

Resto de la anestesia tópica de la glotis y la tráquea se realiza con la técnica “as you go” a través del canal de trabajo del fibrobroncoscopio.

Se **oxigena** a la paciente durante el procedimiento, inicialmente con gafas nasales por la nariz y posteriormente, administrando oxígeno a través de las mismas gafas nasales pero dejándolas en la boca.

La **sedación** fue mínima con 2 mg de midazolam, siendo una paciente muy colaboradora.

Procedimiento

Se introduce el FBO por nariz, sin dificultad, según los otorrinos parecía presentar una desviación ósea posterior del tabique nasal.



Figura 1.- Inserción de un TET sobre el intercambiador.

Tras anestesia local por el canal de trabajo a través de un catéter epidural con 2 ml. de lidocaína al 2% y esperando unos 3 minutos, anestesiamos las cuerdas vocales, glotis, aritenoides y pasamos a la tráquea, donde la anestesiamos con otros 2 ml. de lidocaína 2% y esperando otros 3 minutos, dejamos el FBO a 3-4 cm. de la carina.

Se intenta pasar el TET por la nariz, pero existiendo cierta resistencia, lo sacamos y lo introducimos de nuevo sin forzar, pasando a la tráquea y al hinchar el manguito del neumotaponamiento, este no se llena, por lo que deducimos que se ha roto.

Introducimos un intercambiador pediátrico a través del TET, sacamos éste y a través del intercambiador introducimos de nuevo otro TET N° 6,5.

Se mira el TET del N° 7, y se observa que presenta sangre y está rasgado.

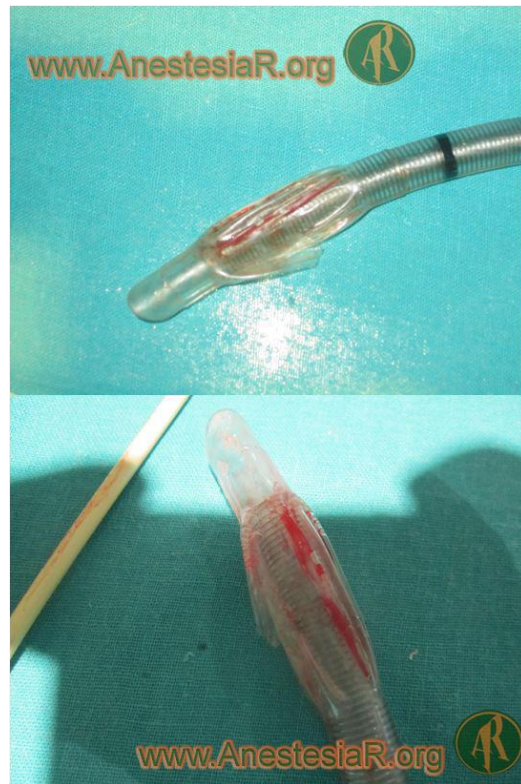


Figura 2.- Rotura del neumotaponamiento del TET.

Conclusión:

- El tubo se debió rasgar por una irregularidad en el tercio posterior del tabique óseo nasal.
- Es importante utilizar intercambiadores para cambiar el TET en situaciones donde la intubación ha sido difícil, para mayor seguridad de la misma.

Correspondencia al autor

Marisa Mariscal Flores
mmariscalflores@gmail.com
 Servicio de Anestesiología y Reanimación.
 Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Publicado en AnestesiaR el 13 de abril de 2012